

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
ANNÉE 1921-1922 - N° 113

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
Accidents imputables au moignon cervical
APRÈS L'HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 31 mars 1922

PAR

Charles-Antoine-Auguste MONTILLIER

Né à Cosnes (Allier), le 15 avril 1894

Examineurs de la Thèse	{	MM. VILLAR, professeur.....	Président.
		MOURE, professeur.....	Juges.
		ROCHER, agrégé.....	
		MURATET, agrégé.....	

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

BORDEAUX
IMPRIMERIE A. SAUGNAC & E. DROUILLARD
3, Place de la Victoire, 3

1922

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922 — N° 113

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Accidents imputables au moignon cervical

APRÈS L'HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 31 mars 1922

PAR

Charles-Antoine-Auguste MONTILLIER

Né à Cosnes (Allier), le 15 avril 1894



Examineurs de la Thèse

{	MM. VILLAR, professeur.....	Président.
	MOURE, professeur.....	Juges.
	ROCHER, agrégé.....	
	MURATET, agrégé.....	

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE A. SAUGNAC & E. DROUILLARD

3, Place de la Victoire, 3

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, *doyen*.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

MM.			MM.
Clinique interne.....	ARNOZAN.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
	CASSAET.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
Clinique externe.....	CHAVANNAZ.	Clinique chirurgicale infan-	
	VILLAR.	tile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des mala-	
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÈS.	dies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGES.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Physique pharmaceutique....	SIGALAS.
Physiologie.....	PACHON.	Pathologie exotique.....	LE DANTEC.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies cuta-	
Médecine légale et déontologie	VERGER.	nées et syphilitiques.....	W. DUBREUILH.
Physique biologique et clini-		Clinique des maladies des	
que d'électricité médicale.	BERGONIE.	voies urinaires.....	POUSSON.
Chimie.....	CHELLE.	Clinique psychiatrique.....	ABADIE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Zoologie et parasitologie....	MANDOUL.		M. PRINCETEAU.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie et embryologie....	N...	Médecine générale.....	DUPÉRIÉ.
	N...		CREYX.
Histologie.....	LACOSTE (chargé).		MICHELEAU.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Médecine légale.....	LANDE.
			GUYOT.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS (chargé)	Chirurgie générale.....	ROCHER.
	N...		DUVERGEY.
Physique biologique et médicale.....	RÉCHOU.		PAPIN.
Chimie biologique et médicale.....	N...	Obstétrique.....	PERY.
	PETGES.		FAUGÈRE.
Médecine générale.....	CARLES.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
	MAURIAC.	Pharmacie.....	LABAT.
	LEURET.		N...

CHARGÉS DE COURS :

Cours de clinique dentaire.....	MM. CAVALIÉ.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie.....	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements.....	PERY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie.....	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture.....	ANDÉRODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale.....	SELLIER.
Cours complémentaire de Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Cours complémentaire de Chimie.....	RANGIER.
Cours complémentaire de Vénérologie.....	PETGES.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....	MAURIAC.
Cours complémentaire de Pathologie externe.....	GUYOT.
Cours complémentaire d'orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du	
travail, les mutilés de guerre et les infirmes	ROCHER.
Cours complémentaire annexe. - Prothèse et rééducation professionnelle	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Pieux souvenir.

A MON PÈRE LE DOCTEUR MONTILLIER

En témoignage de ma profonde
reconnaissance.

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR F. VILLAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

C'est à la fois un devoir et un plaisir pour nous d'exprimer nos sentiments de respect et de reconnaissance aux maîtres éminents que nous allons quitter et qui nous ont honoré de leur bienveillance durant notre vie d'étudiant.

A Messieurs les Professeurs Cassaët et Pachon, qui facilitèrent les débuts de nos études médicales, nous adressons notre reconnaissant souvenir.

Nous ne saurions trop remercier Monsieur le Professeur Villar qui, avec sa bonne grâce habituelle a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

Merci également à Monsieur le Professeur agrégé Duvergey qui a fourni le sujet de notre travail et dont les conseils nous ont permis de le mener à bonne fin.

Que Messieurs les Docteurs Picquand et Saillant, ainsi que Monsieur le Docteur René Villar, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Bordeaux veuillent bien recevoir tous nos remerciements pour les observations qu'ils nous ont transmises et pour la bienveillante sympathie qu'ils n'ont cessé de nous manifester.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Dans la chirurgie actuelle, l'hystérectomie abdominale subtotale a conquis la faveur de la plupart des chirurgiens. Cette confiance paraît bien méritée, car, de l'avis de la grande majorité des opérateurs, l'hystérectomie subtotale est plus facile, plus rapide et plus bénigne que l'hystérectomie totale. Aussi a-t-on pu dire que la totale ne vivait que des contre-indications de la subtotale, opinion exprimée par J.-L. Faure en 1904, dans une de ses cliniques.

Nous n'avons à prendre parti, ni pour l'une ni pour l'autre méthode, chacune ayant actuellement ses indications précises : notre modeste travail se bornant à traiter simplement des accidents imputables au moignon cervical après l'hystérectomie subtotale.

Pour donner plus de clarté à notre exposition, ces accidents seront divisés en :

- 1^o Accidents immédiats ;
- 2^o Accidents secondaires ;
- 3^o Accidents tardifs.

Nous entendons par accidents immédiats, ceux qui surviennent de suite après l'opération ou au plus tard dans la quinzaine qui la suit (accidents post-opératoires).

Les accidents secondaires désigneront ceux qui peuvent avoir lieu environ dans le mois qui suit l'opération, le malade étant « opératoirement guéri ».

Et nous nommerons enfin accidents tardifs, ceux qui pourront survenir plusieurs mois et même plusieurs années après l'opération.

L'étude de chaque accident sera faite dans un chapitre particulier, suivi des observations qui s'y rapportent. Nous tâcherons d'en étudier la pathogénie, le traitement et surtout la prophylaxie, en nous efforçant d'être aussi complet que possible.

CHAPITRE PREMIER

Accidents immédiats ou post-opératoires.

Avec les techniques actuelles de l'hystérectomie supravaginale, précises et bien réglées, ces accidents sont excessivement rares. Ils consistent habituellement en hémorragies vaginales survenant plus ou moins longtemps après l'opération, surtout quand on a pratiqué un large évidement du col. Dans ce cas, en effet, l'hémostase nécessite des soins tout particuliers à cause des petits vaisseaux qui sont sectionnés pendant l'évidement. Il faut faire un affrontement exact des surfaces cruentées et les maintenir en contact par une suture en plusieurs plans au catgut fin. Bien entendu on péritonise la partie supérieure. Nous n'insisterons pas sur la ligature des utérines qui doit être faite avec beaucoup d'attention.

Picquand nous rapporte le cas d'une malade de Pozzi qui, pendant la nuit qui suivit son opération fut prise d'une hémorragie qu'aucun tamponnement ne put arrêter. L'interne de service arriva néanmoins à s'en rendre maître en plaçant judicieusement une pince de Museux sur le moignon cervical.

De même, Bégouin nous cite le fait suivant : Une malade opérée dans une maison de Santé de Bordeaux, eut une grosse hémorragie huit jours après l'opération. Un fort tamponnement du vagin la fit cesser.

Ces hémorragies peuvent également se produire, quand

on cautérise la muqueuse du col, après la chute de l'eschare, comme le montre l'observation suivante due à Picquand.

OBSERVATION I (INÉDITE).

M^{me} B. . . , âgée de quarante-quatre ans, vient nous consulter pour un fibrome gros comme la moitié d'une tête d'adulte, s'accompagnant d'hémorragies assez abondantes.

Opération le 18 février 1914, à la maison de Santé de Saint-Jean.

On trouve un fibrome sans adhérence et on pratique sans aucune difficulté l'hystérectomie subtotalé.

Après section, le moignon du col est fortement cautérisé au thermo-cautère de façon à détruire, autant que possible, la muqueuse utérine. Les suites opératoires sont d'abord très simples : mais au bout de huit jours, la malade est prise d'une hémorragie vaginale très abondante, qui s'arrête à la suite d'un tamponnement serré. Lors de l'enlèvement du tamponnement, l'hémorragie reparait. On enlève alors le col, par voie vaginale, en laissant deux pinces à demeure et la guérison suivit sans incident.

L'examen du moignon du col enlevé secondairement montre que celui-ci avait été très fortement évidé au cours de l'opération et réduit à une simple coque fibreuse. L'hémorragie venait d'un vaisseau assez volumineux qui s'ouvrait dans la cavité ainsi formée à l'intérieur du col. Nous pensons que sous l'action du thermo-cautère il s'était formé une escarre qui se détachant au bout de huit jours, ouvrait le vaisseau et déterminait une hémorragie assez sérieuse.

Actuellement, la thermo-cautérisation étant abandonnée par la plupart des opérateurs nous n'avons pas à craindre le retour d'accidents semblables, mais pour nous résumer, en règle générale, ces accidents post-opératoires dus au moignon utérin, peuvent être considérés comme exceptionnels et pour quelques graves qu'ils soient on peut assez aisément en conjurer le danger.

CHAPITRE II

Accidents secondaires

Ces accidents se produisent après l'opération, dans un temps variant d'une quinzaine de jours à un ou deux mois.

Ils peuvent être divisés en trois sortes :

I. Leucorrhée ;

II. Accidents infectieux et suppuration ;

III. Moignon douloureux par inclusion de fibres nerveuses dans le tissu cicatriciel.

I. — LA LEUCORRHÉE

Elle survient dans un temps variable, quinze à vingt-cinq jours, après une subtotale opératoirement guérie. Cette complication, exceptionnelle pour les classiques est plus fréquente qu'on ne le pense. Souvent les malades n'en sont pas incommodées et de ce fait ne sollicitent aucun examen. Les faits positifs seraient plus nombreux, si l'on suivait le conseil exprimé par Andrew Currier (*New-York Medical Journal* de 1906) : à savoir que toute femme ayant subi une hystérectomie supra-vaginale devra être examinée à intervalles réguliers. Ces sécrétions leucorrhéiques, observées d'abord par Terrier, Richelot, J.-L. Faure, Delbet ont été étudiées en particulier dans la thèse de Panou (Paris, 1909).

La leucorrhée post-opératoire est une affection extrêmement tenace. Elle n'a pas, au moins tout d'abord, les caractères d'une sécrétion infectieuse venant du col ; elle

n'est pas malodorante, elle n'empêche pas le linge comme dans l'infection gonococcique. La fluidité de l'écoulement s'accuse davantage à mesure que l'on s'approche de la guérison. A ce moment, il est plus blanc, plus séreux, presque hydropurulent. Au toucher comme au spéculum, le col n'est ni douloureux, ni rouge, ni tuméfié. *Il n'y a pas de retentissement sur l'état général.*

Cette leucorrhée se distingue de la leucorrhée vaginale en ce qu'il n'y a pas de symptômes vaginaux associés, et du reste le procédé de Schultze (tampon mis à demeure sur le col) donnera des indications précises sur la nature et l'origine du liquide.

On aurait pu pencher vers l'idée d'une infection cervicale antérieure, s'il n'y avait pas une si grande différence entre la sécrétion muco-purulente du col métritique et la leucorrhée fluide du moignon de la subtotale.

Il faut donc voir dans cette leucorrhée, non pas une manifestation d'infection cervicale (chose dont nous traiterons d'ailleurs plus loin), mais un résultat de la modification des glandes du col utérin qui, avant de disparaître produisent une hypersécrétion, probablement favorisée par le traumatisme opératoire (réactions vasculaires ou excito-sécrétoires).

Burkhardt a fait à ce sujet des recherches intéressantes chez les animaux. Dans la moitié des lapines opérées d'hystérectomie sus-vaginale, le moignon utérin se trouva remplacé au bout de plusieurs mois par une tumeur kystique, dont la cavité en comparaison de celle d'un utérus normal était colossalement dilatée, puisqu'elle atteignait des dimensions variant de celle d'un crayon à celle du petit doigt. Ces cavités kystiques renfermaient un liquide blanchâtre et l'auteur pense que ce liquide tire son origine des glandes cervicales.

Enfin l'examen bactériologique ne découvre dans cette leucorrhée, ni gonocoques, ni streptocoques, hôtes habituels des voies génitales en état d'infection.

Le pronostic de cet accident ou plutôt de cette « incommodité » est des plus bénins. Quelques injections alcalines chaudes, quelques cautérisations du col suffisent le plus souvent à atténuer et faire disparaître ces pertes. Mais quelquefois, il faut en venir à l'ablation, par voie vaginale, de ce moignon, rebelle à nos efforts thérapeutiques.

Une fois prévenus de cette complication, dans quelle mesure pourrons nous l'éviter ?

La thermo-cautérisation, recommandée autrefois et qui fut une manœuvre rituelle de la subtotale a reçu à la Société de Chirurgie de Paris, une sérieuse atteinte (Mémoire de la Société de Chirurgie de Paris, 22 février 1910). On s'est accordé à reconnaître avec Bégouin, que c'était une manœuvre dépourvue de toute utilité et non exempte de dangers. Le thermocautère détruira la muqueuse, mais non les glandes qui continueront à sécréter. Hartmann a parlé à cette séance de l'évidement du col, qu'il pratiquait systématiquement, enlevant de cette façon la zone glandulaire

La façon dont on constitue le moignon utérin n'est pas non plus étrangère aux accidents étudiés, souvent les sub-totales sont faites trop haut. On coupe au niveau de l'isthme. Il y a là une faute de technique, qui va laisser un moignon gros et haut, qui dans la suite s'atrophiera imparfaitement et de cette mauvaise involution cervicale, il pourra résulter une leucorrhée interminable, par suite de la plus grande surface de muqueuse conservée.

Il faut faire, somme toute, un moignon très réduit en disséquant davantage le col jusqu'au ras de l'insertion vaginale. Le moignon qui restera sera petit et une fois évidé, il sera en meilleure posture pour réaliser l'involution, l'atrophie complète qu'on attend. Avec des moignons cervicaux réduits au minimum, on verra diminuer la proportion de ces accidents post-opératoires.

OBSERVATION II

(Empruntée à Thèse de Panou, Paris, 1909).

M^{me} A. . . , vingt-trois ans, entrée à la Salpêtrière, salle Lallemand, le 5 novembre 1908. Réglée à quatorze ans, eut un accouchement normal à terme, suites de couches normales. Depuis 18 mois, elle présente des règles douloureuses.

Le 3 novembre 1918, la malade se consulte pour deux crises très aiguës l'obligeant à s'aliter.

Douleur et empâtement très marqués dans le cul-de-sac droit, douleur légère dans le Douglas. Diagnostic porté : salpingite double.

Après deux mois de repos, opération. — Hystérectomie supravaginale par le procédé américain, cautérisation du col, pas de drainage.

Suites opératoires immédiates normales. La malade quitte l'hôpital le 7 février, ne présentant rien d'anormal.

Ultérieurement, le 8 mars, la malade revient avec deux accidents :

1^o Poussée congestive du côté des seins avec écoulement de colostrum.

2^o Du côté du col écoulement abondant, blanc jaunâtre sans odeur. Le moignon n'est ni congestionné, ni douloureux.

Traitement. — Repos, quatre injections par jour d'eau bouillie très chaude, prises couchées. Diminution des écoulements. Durée totale du traitement : trois mois.

Du côté des seins : compression ; l'écoulement du colostrum fut long à se tarir.

LES ACCIDENTS INFECTIEUX. — SUPPURATION.

Ils ne sont pas rares. Ils surviennent généralement après une subtotalité faite pour métrite, métro-annexite suppurée, plus rarement pour fibrome.

Au bout de quelque temps, à une échéance variant aux alentours de un mois alors que l'opération est parfaitement guérie, on voit de nouveaux troubles apparaître.

La température, normale dans les premiers jours monte

insensiblement et présente des oscillations aux alentours de 38°5 et même quelquefois plus. Après une période de tranquillité complète la malade éprouve quelque gêne : elle ne reprend pas ses forces, va difficilement à la selle, accuse des douleurs lombaires; au toucher on constate un col induré et douloureux, on trouve souvent un empâtement du cul-de-sac postérieur, une petite collection dans le Douglas. L'induration peut remonter jusqu'à la base des ligaments larges. L'examen au spéculum montre un col gros, rouge, qui présente une sécrétion abondante et purulente. L'état général de la malade devient franchement mauvais.

Que s'est-il passé ?

Le moignon du col, laissé après l'hystérectomie subtotale pouvait être un moignon septique, infecté qui est devenu le point de départ d'une infection localisée à la suture pelvienne de la région opératoire ou bien qui peut avoir donné une collection purulente dans le Douglas.

L'examen du col, après ablation montre bien d'ailleurs qu'il s'agit d'un col métritique avec des glandes ulcérées, des abcès miliaires et donnant un suintement purulent à la coupe. L'infection cantonnée dans les glandes profondément situées est complètement inaccessible par la cautérisation superficielle pendant la subtotale.

Si après une opération faite pour métrite annexite la malade part chez elle avec une fistule due au drainage abdominal, pratiqué autrefois, cette fistule persiste alors qu'elle aurait dû se fermer depuis longtemps. Pourquoi ? — Parce qu'elle est entretenue par une suppuration venant de la région opératoire et provoquée, bien entendu, par le moignon du col infecté. Après l'ablation du col, la fistule se ferme rapidement. Enfin, le col peut agir non plus comme *élément d'infection* mais comme *élément de rétention*. Supposons une poche purulente placée au-dessus. Elle ne peut s'évacuer à travers le calibre naturel du canal cervical. Enlever le col, c'est enlever le bouchon qui amenait la rétention de l'abcès.

Le pronostic de ces accidents infectieux est toujours grave et un seul traitement s'impose : c'est l'ablation du col. On supprime aussi la cause produisant ou entretenant l'infection. On peut tenter la colpotomie, c'est insuffisant ; elle draine il est vrai la cavité septique mais laisse le col, élément dangereux.

En prévision de ces accidents, tenter plutôt *l'hystérectomie totale* quand la présence d'infection pelvienne ou cervicale est bien démontrée. Le drainage, soit abdominal, soit à travers la fente étroite du col, n'est pas suffisant. Il laisse des recoins, des espaces dans lesquels vont se collecter et suppurer les liquides exsudés au niveau de la surface opératoire, pouvant provoquer des péritonites enkystées, quelquefois une septicémie. Ceci ne se produit pas *dans l'hystérectomie totale*, où une large ouverture vaginale rend possible un drainage parfait.

OBSERVATION III (INÉDITE)

(Prise dans le service de M. le Professeur Villar.)

L... (Berthe), vingt huit ans, se présente à la consultation le 14 mars 1921. Diagnostic porté : utérus fibromateux.

Le 22 mars, il lui est fait une hystérectomie subtotala avec conservation de l'ovaire droit et appendicectomie complémentaire. Elle sort de l'hôpital Saint-André le 14 avril 1921.

Elle revient à la consultation le 28 mai, en se plaignant de souffrir du côté droit. On lui fait une ovariectomie droite le 31 mai. Exéat le 23 juin.

Cette malade rentre de nouveau le 24 septembre 1921. Elle a depuis deux mois des pertes purulentes et sanguinolentes. Le col est rouge et ulcéré. On lui fait une prise biopsique au niveau de celui-ci ; on trouve de l'adénomatose glandulaire avec érosion hémorragique du col, glandes dilatées et ulcérées par l'évolution maligne au niveau du col. Amputation de celui-ci par la voie vaginale le 22 octobre. Exéat le 5 octobre 1921.

L'examen histologique fait après amputation du col, montre celui-ci scléreux, fibreux, sans éléments néoplasiques, très vascu-

larisé par des vaisseaux à lumières étroites et beaucoup de résidus hématiques.

OBSERVATION IV

(Sur Thèse de Belbézé, Lyon 1909.)

Femme de quarante ans, entrée à la clinique de M. le Professeur Poncet, en août 1901, pour double salpingo-ovarite kystique, avec rétroversion adhérente.

Le 20 août 1901, M. Delore pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale. Les lésions tubo-ovariennes nécessitent une castration double, qui est suivie d'hystérectomie supra-vaginale. Drainage abdominal par drain et mèches. Guérison opératoire avec persistance d'une fistulette abdominale,

Le 15 janvier 1902, la fistule existe toujours et conduit dans le Douglas. Le col est enlevé par le vagin et l'on trouve en arrière de lui, dans le Douglas, une collection séreuse enkystée. Guérison rapide et définitive.

Le col enlevé est dur, difficile à couper ; à la coupe on aperçoit une infiltration de gouttelettes de pus ; celles-ci paraissent siéger dans les glandes cervicales.

MOIGNON DOULOUREUX PAR INCLUSION DE FIBRES NERVEUSES DANS LE TISSU CICATRICIEL.

Cet accident, au sujet duquel nous n'avons trouvé aucune relation dans la littérature médico-chirurgicale a trait à l'histoire d'une malade soignée dans le service de M. le Professeur agrégé Duvergey, et dont voici brièvement l'observation :

OBSERVATION V

M^{me} A..., vingt-huit ans, a été opérée en juillet 1919 d'hystérectomie subtotale. A la suite de cette opération, elle a continué à avoir des pertes vaginales assez abondantes, quelques douleurs lombaires, malgré quoi elle avait repris ses occupations. Mais son état général et ses douleurs empirant, elle rentre à l'hôpital le

17 juillet 1921. A ce moment elle dit souffrir énormément, dans la région lombaire ; elle a toujours des pertes.

Le 25 août, on enlève le moignon de son col intérieur. Les douleurs disparaissent et le 16 septembre elle sort guérie de l'hôpital.

M. le Professeur Duvergey qui soigna et opéra cette malade rapporta les douleurs qu'elle ressentait à une compression de fibres nerveuses dans le tissu cicatriciel du moignon laissé par l'hystérectomie.

En effet, sur la coupe de la cicatrice faite au laboratoire d'anatomie pathologique nous voyons : bloc fibreux avec des fibres musculaires emprisonnées, vaisseaux rapetissés. On trouve la coupe d'un très petit filet nerveux.

Si l'on considère l'innervation de l'utérus, on peut se rendre compte de la façon dont cet accident jusqu'alors non signalé a pu se produire.

L'utérus reçoit des nerfs venant :

1^o Du système sympathique.

2^o Du système cérébro-spinal.

Ces nerfs intimement mêlés viennent : les premiers, du plexus sympathique interiliaque ; les seconds des 2^e, 3^e, 4^e nerfs sacrés. Ils fusionnent pour former le plexus de Frankenhauser, lame nerveuse placée contre la partie postéro-latérale du col utérin.

De ce plexus partent de nombreux filets, dont la plus grande partie pénètre dans le col.

C'est dans cette région, extrêmement riche en filets nerveux qu'est pratiquée la section de la subtotalité, et ceux-ci sont enfouis en plein tissu cicatriciel ; leur nombre et leur délicatesse ne permettent pas leur élongation ni leur extirpation, comme il est fait dans les amputations de membres. Leur inclusion dans les fibres de la cicatrice est donc probablement le point de départ de l'accident relaté ci-dessus.

CHAPITRE III

Accidents tardifs.

Ce sont des accidents qui n'apparaissent que plusieurs mois et même plusieurs années après l'opération, ces accidents, aux conséquences extrêmement graves sont constitués par la dégénérescence cancéreuse du moignon utérin.

Son histoire est bien connue depuis que Richelot présenta une étude d'ensemble sur la question en juin 1904, à la Société de Chirurgie, à l'occasion d'une observation de cancer développé sur un moignon cervical cinq ans après, une subtotale pour fibrome. Beurnier parla d'un cancer analogue développé un an après. On pensa avec Ricard, Tuffier et Routier qu'il devait s'agir d'une simple coïncidence avec un cancer méconnu au moment de l'hystérectomie.

En 1905, Richelot reprend la question et rapporte six nouveaux cas, ce qui portait le total des faits relatés à vingt-deux. Il pense qu'il y a autre chose qu'une coïncidence et qu'il est préférable de recourir d'emblée à la totale.

A la même époque, à la Société anatomique, Lecène rapportant un cas de cancer développé sur un moignon cervical deux ans et demi après l'opération, est impressionné par ce fait et conseille de « rapporter tous les cas analogues de façon à se faire une idée précise sur leur fréquence et voir s'il faudra, comme le conseille Richelot, remplacer la subtotale par la totale. Enfin, dans une séance de la Société de Chirurgie de Paris, en 1910, Chaput

rapporta cinq cas de cancer du col, dont un développé six ans après une hystérectomie subtotale.

Lesobre (Thèse de Paris, 1907) avait rapporté trente-cinq cas dans son travail. D'après le tableau comparatif des observations qu'il a réunies, les faits de dégénérescence cancéreuse deviennent de plus en plus rares à mesure qu'on s'éloigne de l'époque où a été pratiquée l'hystérectomie.

M. Salva Mercadé recommande (S. Mercadé : la période post-opératoire, 1916) de ne pas se hâter trop vite de conclure à une dégénérescence cancéreuse du col, quand après une subtotale on voit survenir un cancer du moignon. En effet, à côté des cas vraiment indiscutables où le moignon cervical, reconnu indemne, dégénère quelque temps après l'hystérectomie, il en est d'autres qui réclament des explications différentes :

1° Le col utérin peut être déjà atteint de cancer au moment de l'intervention, mais il a passé alors inaperçu et a continué lentement son évolution, qui n'a été reconnue que plus tard.

2° On a cru enlever un fibrome ; en réalité on a laissé un moignon sarcomateux qui continue son évolution, méprise grave dévoilée par l'examen histologique.

3° Il faut se défier des apparences et ne pas prendre un granulome pour une dégénérescence cancéreuse. L'examen histologique donnera encore ici la clef du problème.

Pathogénie de ces accidents. — Comme pour les tumeurs malignes des autres organes, on ne sait rien sur la cause exacte de la dégénérescence néoplasique du moignon de l'hystérectomie subtotale.

Mais pour ce qui regarde les causes prédisposantes un fait capital domine l'histoire de cette dégénérescence. Dans l'immense majorité des cas, en effet, elle ne survient que là où l'amputation supra-vaginale a été pratiquée pour utérus fibromateux. Cette constatation souligne les relations mystérieuses qui unissent le fibrome au cancer de l'utérus.

« L'utérus fibromateux, dit Richelot, n'est pas seulement un terrain sur lequel peuvent pousser les tumeurs malignes : il est le terrain sur lequel elles poussent. Dire que la sclérose utérine précède et appelle les néoplasmes les plus graves, peut paraître excessif, car jusqu'ici on a toujours vu sinon un véritable antagonisme, du moins une séparation très nette entre les fibromes, tumeurs bénignes et les cancers, et toutes les fois qu'on a trouvé dans le même utérus un cancer à côté d'un fibrome on a parlé de coïncidence fortuite, sans admettre ni relation, ni parenté entre les deux affections.

De plus, pour Richelot, tous les utérus fibromateux sont pourvus d'une muqueuse hypertrophiée dans toutes ses parties. Les glandes sont flexueuses, allongées, ramifiées, plus serrées et plus nombreuses, mais elles ne présentent pas d'altération structurale et ce caractère joint à l'intégrité du stroma montre qu'il s'agit d'une hypertrophie pure et simple. C'est la métrite glandulaire hypertrophique des auteurs, celle qui a fait dire à plusieurs que la métrite prédispose au cancer, celle dont Pozzi a dit que si elle résiste pendant plusieurs mois à une série de curettages, elle montre par cela même une tendance à se transformer en épithélioma. Cette hypertrophie diffuse que les allemands appellent l'adénome bénin reste inoffensive tant qu'elle est nettement glandulaire, mais si la lumière des glandes s'élargit, si l'épithélium se dispose en plusieurs couches, si la basale disparaît, si les cellules deviennent atypiques, c'est l'épithélioma qui commence. On a vu des coupes de transition de l'hypertrophie glandulaire simple à l'épithélioma en passant par le stade d'adénome malin. La prédisposition au cancer étant ainsi établie pour l'utérus fibromateux, rien d'étonnant à ce que les faits de dégénérescence cancéreuse du moignon cervical aient été observés presque uniquement après des hystérectomies subtotaux pour fibromes, rarement après des subtotaux pour annexites. De plus, Chaput pense que le col n'ayant

plus son fonctionnement normal, subit des troubles nutritifs qui aboutissent à la prolifération et à la désorientation épithéliale, et encore que l'opération hâte considérablement l'apparition d'un cancer qui, sans elle, ne serait apparu que beaucoup plus tard.

Enfin, d'après Quénu, il n'est pas démontré que ce ne soit pas la cicatrice opératoire, dans l'hystérectomie subtotale, tout aussi bien d'ailleurs que dans la totale, qui soit le point de départ du néoplasme.

Un seul traitement s'impose : *l'ablation*, le plus rapidement possible du moignon avant qu'il y ait généralisation cancéreuse sur les parois du vagin.

Pour éviter ces accidents il faut d'abord se rappeler les relations intimes qui unissent fibromes et cancers de l'utérus. D'où la nécessité pour le chirurgien, chaque fois qu'il se trouve en présence d'un fibrome à extirper, de procéder à un examen minutieux du col avant de se décider en faveur ou contre la subtotale. Dans le moindre doute exécuter la totale.

Chaput pense supprimer la dégénérescence cancéreuse du moignon en pratiquant ce qu'il appelle la stérilisation du col (ablation de ses revêtements muqueux) suivie de son enfouissement dans le vagin : ce qui complique un peu la méthode opératoire.

Enfin d'après Radier et de Rouville, l'évidement large et systématique du col donnerait à ce point de vue une garantie suffisante (en détruisant complètement la muqueuse).

Les partisans de la totale tirent à ce propos des dégénérescences cancéreuses du col, un argument en faveur de leur méthode. Nous leur citerons l'opinion de J.-L. Faure : « C'est un fait indéniable, mais c'est un fait exceptionnel, proportionnellement au grand nombre de fibromes opérés et je crois approcher de la vérité en admettant que cet accident ne se présente pas plus d'une fois sur cent. Par conséquent 1 % de nos opérés succombent secondairement

à un cancer du col, que nous leur avons laissé. Et comme conclusion naturelle de son argumentation, l'auteur admet que l'on puisse sauver quelques malades par la totale, mais que par l'emploi de cette variété d'hystérectomie on en perd un plus grand nombre par suite de la plus grande gravité immédiate de l'opération.

OBSERVATION VI (INÉDITE)

(Sur un cas de cancer du moignon, survenu sept ans après l'opération,
Docteur SAILLANT, de Montluçon.)

M^{me} B..., quarante-trois ans, nous est adressée le 22 février 1914, pour hémorragies utérines profuses, causées par un volumineux fibrome.

Hystérectomie subtotala avec conservation des annexes saines. Suture du moignon cervical par trois points au catgut, sans cautérisation, les deux points latéraux étant utilisés pour lier l'utérine de chaque côté. Péritonisation sans drainage.

Suites apyrétiqes. La malade quitte la maison de santé le dix-septième jour.

La malade m'est adressée à nouveau en avril 1921 (soit sept ans après) pour pertes sanguinolentes et fétides. Excellent état général jusqu'en janvier, date du début des pertes, léger amaigrissement depuis lors.

L'examen montre un col très mobile, entr'ouvert qui paraît sain au doigt. Au spéculum on aperçoit dans l'ouverture du col, assez profondément pour que le doigt ne puisse le sentir, une petite masse bourgeonnante saignant au moindre contact. Le diagnostic de néoplasme du col est porté, et d'un coup de curette on fait sauter le petit chou-fleur aux fins d'examen histologique.

Le laboratoire Carrion confirme le diagnostic. La malade refuse de se soumettre à une nouvelle intervention et est perdue de vue.

OBSERVATION VII (INÉDITE)

(Dr PICQUAND, Montluçon).

M^{me} O..., quarante-deux ans, est atteinte depuis sept ans d'un fibrome utérin avec pertes et pesanteur dans le bassin. Depuis

trois mois la tumeur augmente rapidement de volume et les hémorragies deviennent beaucoup plus abondantes durant de dix à quinze jours par mois. En même temps la malade se plaint de douleurs vives, de troubles digestifs, de malaise général avec amaigrissement marqué.

A l'examen on trouve une tumeur volumineuse remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Au palper, cette tumeur paraît régulièrement arrondie avec une bosselure volumineuse du côté droit. A ce niveau la consistance de la masse paraît beaucoup moins dure. Le palper et le toucher combinés montrent que la tumeur est mobile et suit les déplacements de l'utérus.

Opération à la maison de santé de Saint-Jeau le 11 juin 1914.

On trouve un volumineux fibrome qui est enlevé par hystérectomie subtotalé.

A l'examen, la masse qui pèse 2 kil. 300 présente une consistance très irrégulière, dure par endroits, ramollie et comme oedématisée en d'autres.

Suites opératoires normales.

La malade quitte la maison de santé le 4 juillet 1914.

Par suite des circonstances la malade n'est pas revue après sa sortie de la maison de santé et c'est seulement dix-huit mois après, en février 1916, que nous la revoyons.

La malade, très amaigrie, se plaint d'hémorragies et de pertes fétides. Le toucher vaginal montre un cancer végétant de tout le col utérin avec envahissement des culs-de-sac vaginaux. Les lésions étaient si avancées que toute intervention fut jugée impossible.

L'examen d'un fragment enlevé montra qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux.

OBSERVATION VIII (INÉDITE)

(D^r PICQUAND, Montluçon).

M^{me} J. . . , âgée de quarante-quatre ans, vient nous consulter pour une tumeur abdominale apparue il y a quelques mois. Depuis deux ans, les règles sont devenues plus abondantes et durent en

moyenne sept à huit jours. Depuis trois mois, la malade se plaint de douleurs assez vives dans le ventre et de constipation.

A la palpation, on sent une tumeur peu mobile qui remonte jusqu'à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Par le toucher vaginal, on sent dans le cul de-sac postérieur une masse arrondie qui semble descendre entre l'utérus et le rectum.

En combinant le palper au toucher vaginal, on a la sensation d'une seule tumeur intimement unie à l'utérus, de forme bosselée et de constance assez inégale, très dure par endroits, molle et même un peu pâteuse en d'autres.

On porte le diagnostic de fibrome en voie de dégénérescence œdémateuse.

Opération le 11 avril 1919, à la maison ds santé de Saint-Jean.

On trouve une tumeur arrondie développée aux dépens du segment supérieur de l'utérus, avec un prolongement postéro-inférieur qui plonge dans le Douglas. L'ensemble affecte assez bien la forme d'une brioche renversée.

Hystérectomie subtotala avec évidemment conique du col qui est fermé par un double plan de sutures au catgut sans thermo-cautérisation de la muqueuse utérine. Suites opératoires très simples.

La malade quitte la maison de santé le 5 mai. Un mois après, elle est revue en très bon état; le col est souple, non douloureux.

Le 22 février 1920, c'est-à-dire dix mois après l'opération, la malade revient se plaignant d'hémorragies vaginales et de pertes d'eau rousse. Le toucher montre de nombreuses fongosités qui font saillie par l'orifice du col utérin. Le 24 février, on pratique par le vagin l'ablation du moignon du col utérin, ablation qui se fait sans grandes difficultés. La muqueuse du canal cervical est très épaissie, présentant de nombreuses végétations qui se prolongent jusqu'au-dessous de l'orifice vaginal. Le tissu utérin, sous-jacent à cette muqueuse, ne paraît pas présenter d'altérations macroscopiques. L'examen histologique de la muqueuse montre qu'il s'agit d'un épithélioma cylindrique.

Le 10 octobre, moins de huit mois après l'ablation du col par le vagin la malade revient se plaignant de violentes douleurs abdominales. Par le toucher on trouve le fond du vagin rempli de bourgeons épithéliaux ulcérés et saignants qui remplissent le cul-de-sac postérieur et se prolongent loin sur la paroi recto-vaginale.

La malade succombe peu après à une généralisation péritonéale.

OBSERVATION IX

(Publiée par LUMPE, *Zentralblatt für Gynécologie*, 1905).

Epithélioma d'un moignon cervical d'hystérectomie subtotale pratiquée vingt mois auparavant pour infection utérine.

Femme de quarante-deux ans, ayant mené à terme huit grossesses antérieures.

En janvier 1904, pour des raisons d'ordre général que l'auteur n'indique pas, avortement provoqué d'une neuvième grossesse de quatre mois. Les manœuvres utérines sont suivies d'une fièvre très élevée (41°5) qui se déclare le jour suivant avec frissons répétés. La situation devenant de plus en plus critique, avec le consentement de la malade, l'auteur pratique l'amputation supra vaginale de l'utérus gravide avec ablation des annexes. Convalescence parfaite. Le 15 septembre 1905, la femme se présente à la clinique disant qu'elle se trouvait très bien mais qu'elle éprouvait une sensation bizarre de blessure dans le bas ventre. L'examen conduisit au diagnostic de cancer du col.

Le 17 septembre, laparatomie. L'extirpation du moignon cancéreux fut très laborieuse à cause d'adhérences avec l'intestin qui durent être détachées. Il y avait également des adhérences avec la vessie qui rendirent le travail difficile. L'examen histologique confirma le diagnostic clinique.

CONCLUSIONS

On peut observer à la suite de l'hystérectomie abdominale subtotale divers accidents :

I. *Accidents immédiats*. — Suivant de très près l'opération, très rares, quelquefois graves, facilement conjurables.

II. *Accidents secondaires*. — De beaucoup les plus fréquents.

a) *Leucorrhée*, pronostic bénin, cessant le plus souvent par traitement médical, peut être prévenue par un évidement large du col.

b) *Accidents infectieux*, plus graves, préférer l'hystérectomie totale en présence de métrite ou métro-annexite.

c) *Moignon douloureux* par inclusion cicatricielle de fibres nerveuses, semble difficile à prévenir. Traitement : ablation du moignon.

III. *Accidents tardifs*. — Dégénérescence cancéreuse du moignon, très rares, très graves.

Faire un examen minutieux du col surtout en cas d'*extirpation de fibrome*. Au moindre doute pratiquer la totale. Evidenter largement le col s'il est en bon état.

Les accidents, causés par la présence du moignon ne nous semblent pas néanmoins suffisants pour exclure l'hystérectomie subtotale du domaine chirurgical.

Mais il serait nécessaire que les chirurgiens revoient régulièrement au minimum tous les six mois leurs opérées par l'hystérectomie subtotale et puissent ainsi s'assurer de l'état de leur moignon, ce qui paraît bien difficile à obtenir, non pas des chirurgiens, mais des malades dont l'éducation est encore à faire.

Vu :

Le Doyen,

D^r C. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

F. VILLAR.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 18 mars 1922.

Le Recteur de l'Académie,

R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- AYMÉRIC. — De l'évolution du moignon cervical après l'hystérectomie subtotale, *Thèse Toulouse*, 1910.
- BÉGOUIN. — Mém. Soc. Chirurgie, Paris, 22 février 1910.
- BELBÈZE. — De quelques inconvénients de l'hystérectomie abdominale subtotale dans les suppurations pelviennes, *Thèse Lyon*, 1909.
- BENDER et LARDENNOIS. — De la dégénérescence épithéliomateuse des fibromes, *Bull. de Soc. d'Anatomie*, octobre 1904.
- BERTRAND. — Transformation néoplasique sur moignon utérin à la suite d'hystérectomie subtotale, *Thèse Lyon*, 1901.
- BURCKARD. — Recherches expérimentales sur le sort des ovaires, des trompes et des moignons utérins chez les lapins. *Zeitschrift für geburtshülfe und gynäkologie*, 1906, p. 63.
- CHAPUT. — La subtotale hâte l'apparition du cancer du col, *Soc. Chir.*, Paris, 1910.
- CONDAMIN. — Transformation néoplasique sur moignon utérin, *Semaine gynécologique*, Paris, 1902, p. 113.
- DE ROUVILLE. — Evidement systématique du col, *Montpellier médical*, 1919, p. 287.
- DUVERGEY. — Moignon cervical douloureux après hystérectomie subtotale, *Soc. de gynécol. et obst. de Bordeaux*, 24 janvier 1922.
- FAURE (J.-L.). — *Bull. et Mém. Soc. chir. Paris*, 1905, p. 552.
- FORGUES et MASSABUAT. — Gynécologie in Le Dentu et Delbet.
- GAWRONSKY. — *Archives für gynäkologie*, vol. 47, p. 271.
- GENTÈS. — Notes sur nerfs et terminaisons nerveuses de l'utérus, *Soc. de biologie*, Paris, 1902, p. 427.
- HARTMANN. — *Bulletin et mém. Soc. chirurgie*, Paris, 16 février 1910.
- HENNIG. — *Virchow's Archives*, vol. 131, p. 509.
- HANSEN. — Über die in Uterustumpfe supravag. *Zentralblatt f. gynäk.*, Leipzig, 1913.

- KEIFFER. — Le système nerveux intra-utérin. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, tome 52, p. 505.
- LAGRAVE et LEGUEU. — Traité de gynécologie.
- LESOBRE. — *Thèse de Paris*, 1907.
- LUMPE. — *Zentralblatt für gynäkologie*, 1905, p. 44.
- MERIEL. — De l'évolution du moignon cervical. *Soc. d'obst.*, 2 mars 1910.
- PANOU. — De la leucorrhée du moignon cervical après hyst., subt. *Thèse Paris*, 1909.
- PICQUAND. — Les dégénérescences des fibromes de l'utérus. *Thèse Paris*, 1905.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- RADIER. — De l'évidement systématique du col dans l'hystérectomie subtotale. *Thèse Montpellier*, 1912.
- RICHELOT. — Dégénérescence cancéreuse du moignon cervical après la subtotale pour fibromes. *Bull. et mém. Soc. de Chir.*, 1904, p. 600; 1905, p. 532; 1910, p. 182.
- RIEFFEL. — Organes génitaux de la femme. *In* Poirier-Charpy.
- ROCHARD. — Des avantages de l'hystérectomie abdominale totale dans les suppurations pelviennes. *Bull. Acad. méd.*, Paris, 1918, p. 356.
- VANVERTZ. — Dégénérescence maligne du moignon cervical après subtotale. *Ann. Soc. belge de Chir.*, Bruxelles, 1907, p. 233.

